

200 19 263 IV  
KNB/SVE/IVE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. April 2021**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiberin Schwitter

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle Bern**  
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 1. März 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1960 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), in der Schweiz zuletzt als ... tätig, meldete sich erstmals im Juli 2006 unter Hinweis auf Rückenschmerzen und Ischialgie bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen und verneinte mit Verfügung vom 2. November 2006 (AB 14) den Anspruch auf eine Invalidenrente mit der Begründung, die gesetzliche einjährige Wartezeit sei nicht erfüllt. Diese Verfügung blieb unanfechtet.

Mit Neuanmeldung vom April 2008 (AB 25) ersuchte der Versicherte, unter Hinweis auf Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, zeitweisen Ein- und Durchschlafstörungen, vermindertem Appetit sowie Schmerzen in beiden Beinen, um IV-Leistungen. Die IVB tätigte wiederum medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess den Versicherten insbesondere durch das C.\_\_\_\_\_ (Expertise vom 16. Juni 2009 [AB 41]), polydisziplinär begutachten. Mit Schreiben vom 24. Juni 2009 (AB 42) forderte die IVB den Versicherten im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht auf, sich einer intensiven stationären Therapie zu unterziehen. Die obligatorische Krankenversicherung lehnte mit Schreiben vom 2. September 2009 (AB 45) die diesbezügliche Kostenübernahme ab. Mit Verfügung vom 29. Dezember 2009 (AB 52) verneinte die IVB den Anspruch auf eine Invalidenrente, wogegen der Versicherte mit Eingabe vom 28. Januar 2010 (AB 55 S. 3) Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern erhob. Mit Urteil vom 23. August 2010, IV/2010/116 (AB 59), wurde die Beschwerde gutgeheissen, die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur erneuten Abklärung an die IVB zurückgewiesen. Nach erneuter psychiatrischer Begutachtung (Expertise vom 3. Oktober 2011 [AB 69.1]) verneinte die IVB mit Verfügung vom 8. Dezember 2011 (AB 71) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Diese Verfügung blieb unanfechtet.

**B.**

Im August 2016 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Nervenkrankung erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 73). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen. Insbesondere liess sie den Versicherten bei der D.\_\_\_\_\_ polydisziplinär begutachten (Expertise vom 8. Mai 2018 betreffend die Untersuchungen vom 16. und 24. März 2018 [AB 137.1]). Mit Schreiben vom 30. Mai 2018 (AB 140 S. 2) teilte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, unter Beilage eines Berichts des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 2. Mai 2018 (AB 140 S. 3) der IVB mit, der Versicherte habe eine Embolie in einem Ast der Zentralarterie im rechten Auge erlitten. Nach Einholen einer Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 146), stellte die IVB mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2018 (AB 147) in Aussicht, den Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 10 % zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 156) und erneutem Einholen einer RAD-ärztlichen Stellungnahme (AB 162) entschied die IVB mit Verfügung vom 1. März 2019 (AB 163) dem Vorbescheid entsprechend.

**C.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 3. April 2019 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 1. März 2019 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Rente gestützt auf die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zuzusprechen.
2. Eventualiter seien die Akten an die Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IVB vom 1. März 2019 (AB 163). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

### **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen

oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist - im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit - nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

## **2.5**

**2.5.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

**2.5.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw.

anspruchsrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**2.5.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.5.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

**2.6** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom August 2016 (AB 73) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu be-

urteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Vielmehr ist vorliegend durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenverneinenden Verfügung vom 8. Dezember 2011 (AB 71), als letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte, mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 1. März 2019 (AB 163) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.2 ff. hiervor).

**3.2** Die rechtskräftige Verfügung vom 8. Dezember 2011 (AB 71) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem C.\_\_\_\_\_ - Gutachten vom 16. Juni 2009 der Dres. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, und auf der ergänzenden fachpsychiatrischen Expertise von Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Oktober 2011 (AB 69.1; vgl. VGE IV/2010/116, E. 3.4).

**3.2.1** Die Dres. med. H.\_\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_\_ hielten hinsichtlich des somatischen Bereiches fest, es hätte keine Erkrankung diagnostiziert werden müssen, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wesentlich hätte beeinträchtigen können. Entgegen der Aktenlage bestünden wenig organische Befunde, welche das vom Beschwerdeführer heute beklagte Schmerzsyndrom an den Beinen auf eine organische Grundlage stellen könnten. Die diagnostizierte muskuläre Dysbalance ebenso wie die Spreizfüsse beidseits schränkten die Arbeitsfähigkeit wegen der klinischen Ausprägung in der angestammten Tätigkeit nicht ein (AB 41 S. 24 f. Ziff. 5).

**3.2.2** Dr. med. J.\_\_\_\_\_ stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen, emotional unreifen und instabilen, überwiegend impulsiven sowie histrionen Zügen sowie eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (S. 11 Ziff. 4). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe zunächst eine gewisse Minderung der Leistungsfähigkeit, die sich hingegen mittelfristig normalisieren

sollte. Bei entsprechender Motivation und Willensanstrengung bestünden somit keinerlei Einschränkungen. Mit Rücksicht auf seine beklagten körperlichen Beschwerden und die akzentuierten Persönlichkeitszüge sei eine dem Alter und Ausbildungsstand angepasste, ruhige Tätigkeit, ohne allzu viele Kontakte, auf dem freien Arbeitsmarkt mittelfristig wieder vollzeitig (zu 100 %, d.h. bis zu achteinhalb Stunden pro Tag) zumutbar. In Anbetracht der mittlerweile eingetretenen Dekonditionierung solle eine stufenweise Wiederaufnahme, beginnend bei 50 %, erwogen werden, wobei eine Leistungsminderung von maximal 30 % über höchstens sechs Monate bestehe (AB 69.1 S. 19 Ziff. 1, 3 ff., 10 ff.).

**3.3** Hinsichtlich des weiteren Verlaufs nach dem Referenzzeitpunkt ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.3.1** Die angefochtene Verfügung vom 1. März 2019 (AB 163) stützt sich auf das polydisziplinäre Gutachten der D. \_\_\_\_\_ vom 8. Mai 2018 (AB 137.1). Interdisziplinär wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Multiple Sklerose (MS [diagnostiziert 2016]; Expanded Disability Status Scale [EDSS] 3.5) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine entgleiste arterielle Hypertonie, eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), ein zervikaler Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet (HWK 4/5, ICD-10 M50.9), sowie eine Spinalkanalstenose im Zervikalbereich (HWK 4/5, ICD-10 M48.2) diagnostiziert (S. 52 f. Ziff. 2).

Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Praktischer Arzt, diagnostizierte im Rahmen der internistischen Untersuchung eine arterielle Hypertonie (S. 26 Ziff. 2.1.4). Es bestehe für die Dauer von drei Monaten, in der die medikamentöse Einstellung der Hypertonie erfolgen sollte, eine Einschränkung für Tätigkeiten mit schwerer und mittelschwerer körperlicher Belastung. Für eine internistisch begründete langfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestünden jedoch keine Anhaltspunkte (S. 27 Ziff. 2.1.5).

Neurologisch stellte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, die Diagnose einer MS (EDSS 3.5; S. 32 Ziff. 2.2.3). Der Beschwerdeführer berichte über sensible Störungen, eine Störung der Blasen- und Mastdarmfunktion sowie eine Visusstörung im Rahmen einer MS. Im neurologischen

Befund liessen sich ein spinales sensomotorisches Syndrom mit spatisch-ataktischer Gangstörung und eine Visusstörung links erheben. Das spinale Syndrom bedinge eine nicht mehr gegebene Arbeitsfähigkeit in überwiegend gehend und stehend ausgeübten Tätigkeiten jedweder Art, also auch der letzten Arbeit. Als leistbar seien nur noch überwiegend sitzend auszuübende Tätigkeiten anzusehen, dies mit einem Pensum und Rendement von 100 %, da der hiesige Befund und die anamnestisch aufscheinende Alltagsaktivität eine hierfür ausreichend erhaltene Mobilität zeigten. Eine nahegelegene Toilette sollte verfügbar sein. Für ein erhebliches spinales Syndrom bestehe kein ausreichender Anhalt (kein Anhalt für ein radikuläres Defizit). Für eine namhafte kognitive oder die Vigilanz (Ermüdung/Fatigue) betreffende Störung habe sich im objektiven Befund kein Anhalt ergeben, auch sprächen die anamnestisch berichteten kognitiven Aktivitäten nicht für eine erhebliche diesbezügliche Beeinträchtigung (S. 32 f. Ziff. 2.2.4).

Prof. Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im neurochirurgischen Teilgutachten einen zervikalen Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet HWK 4/5 (ICD-10 M50.9), sowie eine Spinalkanalstenose im Zervikalbereich HWK 4/5 (ICD-10 M48.2). Im Vordergrund der Beschwerden stehe anamnestisch eine Sensibilitätsstörung (Taubheit und „eingeschlafene“ Füsse und Beine) sowie eine zunehmende Schmerzsymptomatik in beiden unteren Extremitäten links prädominant, dies beginnend seit ca. 2007. Der Schmerz mache sich auch in den Gelenken bemerkbar. Beklagt werde auch ein linker Arm, der manchmal einschlafe. Ferner werde eine Neigung zur Verstopfung angegeben. Die funktionelle Potenz sei seit 2016 deutlich verschlechtert. Der linksbetonte Beinschmerz bei positivem Lasègue beidseits lasse sich als möglicher Ausdruck eines lumboradikulären Schmerz-Syndroms auffassen. Ein relevanter Krankheitswert bestehe hier aber nicht. Nebenbefundlich habe sich in der Visustestung anhand der Buchstabentafel ein Visus für links von 0.9 und für die rechte Seite von 0.3 gefunden. Der Befund sei diskrepant zur Aktenlage (vgl. Bericht von Prof. Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 24. Januar 2017 [AB 111 S. 8 f.], wonach eine Visusminderung links bei Opticusneuritis bestehe). Die sensible Störung im Gesicht sei allenfalls im Rahmen der MS zu verstehen und ohne namhafte funktionelle Relevanz. Zusammenfassend liesse sich auf neurochirurgischem Fachgebiet keine

eigenständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren (S. 40 Ziff. 2.3.5).

Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte anlässlich der psychiatrischen Untersuchung eine Dysthymia (ICD-10 F34.1; S. 45 Ziff. 2.4.3). Die Prognose depressiver Störungen (insbesondere einer leichtgradigen chronifizierten depressiven Verstimmung) sei günstig und einer Behandlung gut zugänglich. Der angegebene chronische Schmerz in den unteren Extremitäten könne entgegen den aktenkundigen Vorbewertungen keiner anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zugeordnet werden. Im klinischen Eindruck und nach den Angaben zur Alltagsaktivität finde sich keine andauernde, schwere und quälende Schmerzbeeinträchtigung. Auch sei kein fehlverarbeiteter, seelischer oder psychosozialer Konflikt herauszuarbeiten, vor dessen Hintergrund sich der chronische Schmerz ursprünglich entwickelt haben könnte. Die definierenden ICD-10 Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien also nicht erfüllt. Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei nach diesen diagnostischen Leitlinien ebenfalls nicht zu diagnostizieren, da Schmerzstörungen im Zusammenhang mit einer affektiven Störung (hier Dysthymia) oder bei Hinweisen auf eine Aggravation nicht berücksichtigt werden könnten. Bei der Konsistenzprüfung der Schmerzangaben des Beschwerdeführers ergäben sich einige Indizien für eine wenig plausible Präsentation. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen überhöhter Beschwerdeschilderung (Schmerzstärke belastungsabhängig bis 8 Punkten [auf der Visuellen Analogskala {VAS}]) und hier fehlender objektiver Beeinträchtigungen. Auch die beschriebenen Alltagsaktivitäten (Reisen, lange Spaziergänge, Fitness-Sport) kontrastierten zum reklamierten Schmerzausmass. Die Beschwerden lösten beim Gutachter in der Gegenübertragung keine Betroffenheit aus. Durch alle bisherigen Behandlungsmassnahmen wären keine durchgreifenden Besserungen erzielt worden. Diese Indizien für eine Schmerzaggravation würden gestützt durch das Ergebnis der orientierenden Beschwerdevalidierung (9 von 15 Punkten im Rey Memory Test). Insgesamt würden so die Hinweise auf eine Aggravation im psychiatrischen Vorgutachten (2011; vgl. hierzu etwa AB 69.1 S. 19) erneut bestätigt. Eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Erkrankung sei somit nicht anhand ausreichender objektiver Befunde

festzustellen. Eine Arbeitstätigkeit sei aus Sicht des Gutachters als auch aus therapeutischer Sicht eher wünschenswert (Stabilisierung von Tagesstruktur, Selbstwertgefühl und soziale Teilhabe, Verringerung von Vereidungsverhalten) und sollte im Rahmen der derzeitigen Behandlung mit einbezogen werden (S. 47 f. Ziff. 2.4.4).

In Zusammenfassung aller Teilgutachten, der dabei erhobenen Anamnese und Befunde sowie der Akten Daten kamen die Gutachter zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren überwiegend gehend und stehend ausgeübten Tätigkeit sei aufgrund einer spastisch-ataktischen Störung im Rahmen einer MS auf Dauer zu 100 % erloschen. In anderen, körperlich leichten, überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts sei jedoch von einer vollen Arbeitsfähigkeit (Pensum und Rendement 100 %) auszugehen. Die Indikatoren sprächen für eine erhaltene Alltags selbstständigkeit, Selbstversorgung, soziale Integration und Aktivität, unterstützten also die Annahme einer erhaltenen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (S. 48 ff Ziff. 3). Die MS werde aus Sicht der Gutachter schon vor 2016 bestanden und die Beschwerden zumindest mitbegründet haben, da verzögerte Diagnosestellungen bei der MS nicht ungewöhnlich seien, zumal wenn eher unspezifische Beschwerden beständen. Die bildmorphologischen knöchernen und die Bandscheiben betreffenden spinalen Veränderungen seien ohne ausreichendes klinisches Befundkorrelat bzw. gingen in ihrem limitierenden Effekt nicht über die MS-bedingten Einschränkungen hinaus (S. 55 Ziff. 55). Auf dem Boden der MS könne es seit ca. 2016 zu einer Verschlechterung (spastisch-ataktische/sensomotorische Störung der Beine) gekommen sein, auch sei nachfolgend noch eine Optikusneuritis im Rahmen der MS berichtet worden, wobei die jetzige Visus-Situation keine erhebliche resultierende Beeinträchtigung anzeige (Arbeiten am PC, Lesen, ausreichender Visus in der hiesigen Prüfung). Aus Sicht der Gutachter werde jedoch bereits 2011 ein spinales Syndrom im Rahmen der MS bestanden haben. Der jetzige psychiatrische Befund spreche eher für eine Besserung einer zuvor attestierten höhergradigen Depressivität, wobei die anamnestischen und aktenkundigen Daten auch Zweifel an der vorangehenden Bewertung begründen könnten, da eine schwache Therapiemotivation anklänge (abgesetzte Medikation, abgelehnte intensivere Therapie;

S. 58 Ziff. 1). In körperlich leichten, überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sei aus Sicht der Gutachter von einer vollen Arbeitsfähigkeit (Pensum und Rendement 100 %) auszugehen. Eine Toilette sollte am Arbeitsplatz einfach zu erreichen sein. Die Indikatoren sprächen für eine erhaltene Alltagsselbständigkeit, Selbstversorgung, soziale Integration und Aktivität, unterstützten also die Annahme einer erhaltenen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. Aus Sicht der Gutachter ergebe sich anhand der Aktdaten keine schlüssige Begründung für eine vorangehende Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (S. 64 Ziff. 2).

Nach Abschluss der Begutachtung habe die Tochter des Exploranden am 24. April 2018 telefonisch mitgeteilt, der Vater hätte einen „Schlaganfall“ erlitten. Es werde der IVB daher empfohlen, einen entsprechenden Bericht einzuholen, der nach Prüfung durch den ärztlichen Dienst gegebenenfalls zu einer nachgehenden Beurteilung vorgelegt werden könne (S. 64).

**3.3.2** Im Bericht vom 2. Mai 2018 (AB 140 S. 3) über die Notfallsprechstunde vom 9. April 2018 diagnostizierten Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie, und Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, einen Arterienastverschluss am oculus dexter (OD, rechtes Auge; S. 3). Der Arterienastverschluss der Retina rechts sei am ehesten durch ein embolisches Ereignis zustande gekommen. Es seien kardiovaskuläre Abklärungen im Spital F.\_\_\_\_\_ veranlasst worden. Es werde in der Netzhaut-Sprechstunde eine Nachkontrolle stattfinden und dabei eine Fluoreszenzangiographie sowie eine Gesichtsfeldprüfung durchgeführt werden (S. 4).

**3.3.3** Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie, und S.\_\_\_\_\_, Assistenzarzt, diagnostizierten im Fluoreszenzangiographiebericht vom 1. Mai 2018 (AB 142) einen Arterienastverschluss am OD. In der Fluoreszenzangiographie habe sich ein reperfundierter Arterienastverschluss rechts ohne Hinweise für retinale Ischämien gezeigt (S. 2).

**3.3.4** Im Bericht über die Sprechstunde im Spital F.\_\_\_\_\_ vom 28. November 2018 (AB 160 S. 7 ff.) diagnostizierten Dres. med. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und U.\_\_\_\_\_, Assis-

tenzärztin, unter anderem einen Zentralarterienverschluss im rechten Auge (ED 9. April 2018). Anamnestisch und klinisch bestehe ein stabiler Verlauf mit residuellem zentralem Skotom. Zur Ursachenabklärung sei die kardiale Abklärung noch nicht abgeschlossen (S. 9).

**3.3.5** Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und der Psychologe lic. phil. W. \_\_\_\_\_ hielten in ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2019 zum Gutachten der D. \_\_\_\_\_ (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3) fest, der begutachtende Psychiater gebe als Indiz für eine Aggravation an, es bestehe eine Diskrepanz zwischen überhöhter Beschwerdeschilderung (Schmerzstärke belastungsabhängig bis 8 [Punkten auf der VAS]) und hier fehlender objektiver Beeinträchtigung. Dabei sei nicht nachvollziehbar, was eine „fehlende objektive Beeinträchtigung“ meine. Der Gutachter hätte ausführen müssen, wie er auf diese Einschätzung komme. Auch das Indiz, wonach die beschriebenen Alltagsaktivitäten (Reisen, lange Spaziergänge, Fitnesssport) zum reklamierten Schmerzausstoss kontrastierten, werde als stossend und falsch erachtet. Der Begutachter scheine völlig auszuklammern, dass es nicht nur aus körperlicher, sondern auch aus psychischer Sicht sehr wichtig sei, dass der Beschwerdeführer aktiv bleibe und sich nicht nur defizitär erlebe, sondern möglichst viele positive Erfahrungen machen könne. Diese Aspekte schienen völlig ausgeklammert und fälschlicherweise als Beleg für eine Aggravation interpretieren zu werden. Weiter sei der Verweis auf den angeblich durchgeführten Rey Memory Test (RMT) nicht haltbar. Es handle sich um einen Simulationstest, der die visuell-figurale Merkfähigkeit messe. Dieser Test werde als Teil einer Testbatterie in der Forensischen Neuropsychologie (TBFN) zur Feststellung nicht-authentischer Minderleistungen, die nicht auf eine hirnorganische Problematik zurückzuführen sei, verwendet. Weiter sei zweifelhaft, ob der Patient wegen seinen fehlenden Deutschkenntnissen diesen komplexen Test verstanden habe (S. 2). Weiter seien die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Störung erfüllt, weshalb nicht lediglich die Diagnose einer Dysthymia gestellt werden könne. So hätte dem Gutachter auffallen müssen, dass beim Patienten durchaus mnestiche Störungen und Störungen der Konzentration vorlägen. Ebenso sei die Stimmung des Patienten niedergeschlagen und die Schwingungsfähigkeit leicht vermin-

dert. Zudem bestünden ein Interessensverlust und ein starker Rückzug. Darüber hinaus müssten die vom Patienten geschilderten somatischen Beschwerden auch im Zusammenhang mit seinem kulturellen Hintergrund angesehen werden (S. 3). Zudem würden auch keine neuropsychologischen Defizite aufgeführt, die bei einer MS-Erkrankung aber untersucht werden müssten. Schliesslich könne eine Einschätzung bezüglich der Arbeitsfähigkeit nicht vom Bürotisch aus beantwortet werden (S. 4).

**3.3.6** In der Stellungnahme vom 11. Juni 2018 (AB 146) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, das D. \_\_\_\_\_-Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Der Leistungsbeurteilung der Gutachter könne auch weiterhin gefolgt werden (S. 3 f.).

Auch in der Stellungnahme vom 20. Februar 2019 (AB 162) hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, es bestünden seit der polydisziplinären Begutachtung im März 2018 keine neuen medizinischen Gesichtspunkte zur Leistungsbeurteilung; das D. \_\_\_\_\_-Gutachten behalte auch weiterhin Gültigkeit (S. 4).

**3.4** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag

gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5** Das D. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 8. Mai 2018 (AB 137.1) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigene spezialärztliche Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist schlüssig und widerspruchsfrei. Dem Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu und es ist grundsätzlich darauf abzustellen.

Ob im Vergleich zum Referenzzeitpunkt vom 8. Dezember 2011 (AB 71) eine wesentliche Veränderung eingetreten ist, kann - jedenfalls bis im Juni 2018 - offen gelassen werden, da insoweit auch bei einer freien, d.h. allseitigen Prüfung, wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, kein Rentenanspruch resultiert.

**3.6** Der Beschwerdeführer beanstandet, der medizinische Sachverhalt sei nicht rechtsgenügend abgeklärt worden (Beschwerde S. 6).

**3.6.1** So bringt er zunächst vor, im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2017 (AB 114) sei gestützt auf die gestellten Diagnosen u.a. der Hinweis gemacht worden, seine Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der ausgewiesenen Fatigue eingeschränkt. So sei weiter auch nicht verständlich, weshalb ihm neurologisch ein uneingeschränktes Rendement attestiert werde und sich die Beschwerdegegnerin nicht einlässlich mit der abweichenden Einschätzung der Gutachter auseinandergesetzt habe (Beschwerde S. 4). In welcher Ausprägung eine Fatigue besteht, wie sich diese äussert und in welchem Umfang diese die Arbeitsfähigkeit einschränkt, wird im Bericht, auf welchen der Beschwerdeführer verweist, allerdings nicht begründet (vgl. AB 114). So wird die Fatigue auch nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt. Ebenso lässt sich den weiteren Berich-

ten des Spitals F. \_\_\_\_\_ (vgl. etwa AB 118 S. 2, AB 160 S. 17, AB 160 S. 14, AB 160 S. 11, AB 160 S. 7) diesbezüglich nichts entnehmen. Dr. med. L. \_\_\_\_\_ hingegen führt im neurologischen Teilgutachten nachvollziehbar aus, für eine namhafte kognitive oder die Vigilanz (Ermüdung/Fatigue) betreffende Störung ergebe sich im objektiven Befund kein Anhalt. Er begründet dies mit dem Umstand, wonach auch die anamnestisch berichteten kognitiven Aktivitäten nicht für eine erhebliche diesbezügliche Beeinträchtigung sprächen (AB 137.1 S. 32 f. Ziff. 2.2.4). Zudem gab der Beschwerdeführer zwar an, bei der Arbeit schnell erschöpft zu sein (S. 29 Ziff. 2.2.1, S. 41 Ziff. 2.4.1.1). Jedoch ist diesbezüglich festzuhalten, dass er gemäss eigener Angaben seit 2009 keiner eigentlichen Arbeitstätigkeit mehr nachgegangen ist (S. 24 Ziff. 2.1.1, vgl. hierzu auch AB 83). Weiter bringt er einzig vor, seit der Einnahme von Gilenya tagsüber oft müde zu sein (AB 137.1 S. 42) und nach dem Mittagessen einen einstündigen Mittagsschlaf bzw. eine Ruhepause zu halten (AB 137.1 S. 25, 29, 5), wobei er aber nicht schlafe (S. 29 Ziff. 2.4.1.5). Der Bericht der Dres. med. T. \_\_\_\_\_ und Anna X. \_\_\_\_\_, Assistenzärztin, vom 31. Mai 2017 (AB 114) ist damit nicht geeignet, die neurologische Beurteilung von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ (AB 137.1 S. 28 ff.) in Zweifel zu ziehen.

**3.6.2** Der Beschwerdeführer rügt ausserdem, laut der internistischen Untersuchung leide er unter einem erhöhten Blutdruck sowohl in Ruhe wie auch unter Belastung, was unverzüglich besser und regelmässiger kontrolliert werden müsse. Im Zeitpunkt der Begutachtung habe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens drei Monaten bestanden. Die Befristung sei unter der Voraussetzung erfolgt, dass die medikamentöse Einstellung der Hypertonie gelinge. Ob dies in der Zwischenzeit der Fall sei, sei durch die Beschwerdegegnerin nicht geprüft worden (Beschwerde S. 4). Zwar trifft zu, dass beim Beschwerdeführer eine entgleiste arterielle Hypertonie diagnostiziert wurde (vgl. AB 137.1 S. 26 Ziff. 2.1.4). Allerdings bezieht sich die diesbezüglich genannte Arbeitsunfähigkeit nur auf Tätigkeiten mit schwerer und mittelschwerer körperlicher Belastung. Für eine internistisch begründete langfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht jedoch kein Anlass (vgl. AB 137.1 S. 27 Ziff. 2.1.5). Übereinstimmend mit dieser Beurteilung attestieren die Gutachter denn auch eine volle Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allge-

meinen Arbeitsmarktes. Es sei zudem auch keine schlüssige Begründung für eine vorangehende Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ersichtlich (AB 137.1 S. 64 Ziff. 2). In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung wurde die entgleiste arterielle Hypertonie schliesslich damit übereinstimmend als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (AB 137.1 S. 52 Ziff. 2).

**3.6.3** Der Beschwerdeführer macht geltend, die Behauptung, wonach die geltend gemachten Beeinträchtigungen nicht plausibel seien und Hinweise auf eine Aggravation bestünden, sei pauschal erfolgt (Beschwerde S. 5). Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. O. \_\_\_\_\_ einleuchtend ausführt, dass sich bei der Konsistenzprüfung der Schmerzangaben des Beschwerdeführers einige Indizien für eine wenig plausible Präsentation ergeben hätten. So bestehe eine Diskrepanz zwischen überhöhter Beschwerdeschilderung (Schmerzstärke belastungsabhängig bis 8 Punkten auf der VAS) und fehlender objektiver Beeinträchtigungen. Auch die beschriebenen Alltagsaktivitäten (Reisen, lange Spaziergänge, Fitnesssport) stünden dem geltend gemachten Schmerzausmass entgegen. Zudem hätte durch alle bisherigen Behandlungen keine durchgreifende Besserung erzielt werden können (AB 137.1 S. 47). Somit ist auch dargelegt, weshalb eine stationäre Therapie zielführender wäre, als die vom Beschwerdeführer behauptete langjährige (engmaschige) Betreuung (vgl. Beschwerde S. 4). Der Experte hält diesbezüglich fest, die psychotherapeutische Behandlung werde vom Beschwerdeführer lediglich zurückhaltend in Anspruch genommen (vgl. AB 137.1 S. 42, wonach dieser seinen Therapeuten gemäss eigener Angaben im Abstand von ein bis zwei Monaten sehe) und medikamentöse Behandlungsversuche seien wegen Unverträglichkeit abgebrochen worden (S. 47 Ziff. 2.4.4, vgl. S. 42 Ziff. 2.4.1.3). Die abgelehnten Therapieangebote als Hinweise für eine schwache Therapiemotivation sprächen ebenfalls gegen einen erheblichen Leidensdruck (S. 55 Ziff. 4). Die mangelhafte Bereitschaft zur Therapie steht damit ebenfalls im Widerspruch zu den vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden. Damit sind entgegen der Ansicht von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ und dem Psychologen lic. phil. W. \_\_\_\_\_ (vgl. Beschwerde S. 5) die Hinweise auf Aggravation in Würdigung sämtlicher Umstände und nicht bloss unter Berücksichtigung der Alltagsaktivitäten schlüssig belegt.

**3.6.4** In der Stellungnahme vom 11. Februar 2019 (BB 3 S. 3; E. 3.4.4 hiervor) wird gerügt (vgl. Beschwerde S. 5), die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Störung seien erfüllt, weshalb nicht lediglich die Diagnose einer Dysthymia gestellt werden könne. Der psychiatrische Gutachter legt jedoch einleuchtend dar, weshalb die ICD-10-Achsenkriterien (im gemäss Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie [AMDP] erhobenen psychiatrischen Befund) nicht vorlägen: So fänden sich bis auf die Angaben von Zukunftsängsten und einer Grübelneigung keine krankheitswertigen Auffälligkeiten. Dies werde - wie erwähnt - ebenfalls durch die Angaben zur Alltagsaktivität (lange Spaziergänge, soziale Kontakte, Reisen), die Selbsteinschätzung sowie die zurückhaltende Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung gestützt (AB 137.1 S. 47 Ziff. 2.4.4). Hinweise auf fehlende Konzentration und Vergesslichkeit, wie in der Stellungnahme (BB 3 S. 3; E. 3.4.4 hiervor) vorgebracht, seien anlässlich der Begutachtung keine festgestellt (vgl. AB 137.1 S. 44 Ziff. 2.4.2) und vom Beschwerdeführer denn auch nicht beklagt worden. Inwiefern sich der Beschwerdeführer stark zurückgezogen und seine Hobbys und Interessen vernachlässigt habe, wie sich die geltend gemachten mnestischen Störungen und Konzentrationsstörungen äusserten und weshalb beim Beschwerdeführer gerade die Kriterien einer mittelgradig depressiven Störung als gegeben erachtet werden müssten, wird in der Stellungnahme von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ und dem Psychologen lic. phil. W.\_\_\_\_\_ (vgl. BB 3 S. 3; E. 3.3.4) nicht hinreichend ausgeführt, wie auch nicht nachvollziehbar aufgezeigt wird, inwiefern die somatischen Einschränkungen stark heruntergespielt würden. Vielmehr wird die Begutachtung pauschal in Frage gestellt (vgl. S. 4), was nicht überzeugt. In der Stellungnahme wird denn auch nicht näher auf das zurückhaltende Therapieverhalten eingegangen. Zudem wird nicht aufgezeigt, weshalb eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht zumutbar sein sollte. Die Stellungnahme von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ und dem Psychologen lic. phil. W.\_\_\_\_\_ ist damit nicht geeignet, Zweifel am D.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 8. Mai 2018 zu wecken. Nicht ausser Acht zu lassen ist auch der Umstand, wonach gemäss bundesgerichtlicher Praxis - aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte bzw. Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen - eine direkte Leistungszuspra-

che einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 13. Juni 2012, 8C\_160/2012, E. 3.1.2).

**3.6.5** Der Beschwerdeführer rügt zuletzt, seitens des RAD sei nicht überzeugend dargelegt worden, dass sich die Embolie im rechten Auge auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht relevant auswirken würde (Beschwerde S. 6). Die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ stützte sich auf den Bericht der Dres. med. T.\_\_\_\_\_ und U.\_\_\_\_\_ (AB 160 S. 7 ff.; E. 3.3.4), in welchem festgehalten wurde, anamnestisch und klinisch bestehe diesbezüglich ein stabiler Verlauf. Inwiefern sich dieser Zentralarterienverschluss jedoch auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, ist weder dem Bericht der Dres. med. P.\_\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_\_ vom 2. Mai 2018 (AB 140 S. 3; E. 3.3.2 hiavor) noch dem Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_\_ und Assistenzarzt S.\_\_\_\_\_ vom 1. Mai 2018 (AB 142, E. 3.3.3 hiavor) noch dem Bericht der Dres. med. T.\_\_\_\_\_ und U.\_\_\_\_\_ über die Sprechstunde vom 28. November 2018 (AB 160 S. 7 ff.; E. 3.3.4 hiavor), auf welche sich - wie bereits erwähnt - die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ stützt, zu entnehmen. Der Beschwerdeführer erlitt den Zentralarterienverschluss erst im Anschluss an die Begutachtung vom 16. und 24. März 2018 (AB 137.1 S. 3), d.h. am 9. April 2018 und damit vor dem massgebenden Beurteilungszeitpunkt (Verfügungserlass am 1. März 2019 [AB 163]). Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 9) wurde die Arbeitsfähigkeit infolge des Zentralarterienverschlusses im rechten Auge somit ungenügend abgeklärt, zumal bereits die im Bericht vom 18. Dezember 2018 (AB 160 S. 7 ff.) in Aussicht gestellte Verlaufskontrolle vom 4. Dezember 2018 durch die Ophthalmologin (vgl. S. 9) nicht eingeholt wurde und auch spätere Berichte nicht vorliegen. Die Beschwerde erweist sich diesbezüglich als begründet. Die Beschwerdegegnerin hat folglich hinsichtlich des Zentralarterienverschlusses für den Zeitraum ab 9. April 2018 - nach Einholung aktueller Berichte der behandelnden Ärzte - weitere Abklärungen sowie unter Umständen eine Verlaufsbegutachtung zu veranlassen, um anschliessend über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab diesem Zeitpunkt neu zu verfügen.

**3.7** Was die Zeit vor Eintritt des Zentralarterienverschlusses am 9. April 2018 betrifft, erweist sich der Sachverhalt als hinreichend abgeklärt, womit es der (eventualiter) beantragten erneuten Abklärung nicht bedarf. Gestützt auf das D. \_\_\_\_\_-Gutachten (AB 137.1) ist in einer angepassten, körperlich leichten, überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts von einer vollen Arbeitsfähigkeit (Pensum und Rendement 100 %) auszugehen, wobei eine Toilette am Arbeitsplatz einfach zu erreichen sein sollte (S. 64 Ziff. 2).

#### **4.**

**4.1** Nachfolgend ist für die Ermittlung des Invaliditätsgrades betreffend die Zeit vor Eintritt des Zentralarterienverschlusses am 9. April 2018 ein Einkommensvergleich vorzunehmen (E. 2.4 hiervor). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

Der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns liegt mit Blick auf die im August 2016 (AB 73) erfolgte Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG) im Februar 2017 (vgl. E. 2.3 hiervor). Somit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2017 hin vorzunehmen.

**4.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichti-

gung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

**4.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsaktes aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; Entscheid des BGer vom 27. November 2019, 8C\_64/2019, E. 6.2.1).

Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit ent-

haltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

**4.4** Der Beschwerdeführer war seit 1985 als ... im Y.\_\_\_\_\_ tätig (vgl. AB 35 S. 5; AB 33). Er arbeitete erstmals seit dem 12. November 2005 nur noch in einem 50%-Pensum aufgrund einer entsprechenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 19 S. 1 Ziff. 2, AB 35 S. 2 Ziff. 11). Erst per 13. November 2007 (nach Ende der Lohnfortzahlung bei Krankheit [vgl. AB 35 S. 4]) wurde das Pensum auch im Anstellungsvertrag vom 1. November 2007 (AB 35 S. 5 f.) auf 50 % reduziert. Gemäss eigenen Angaben sei die Anstellung 2009 wegen deutlich reduziertem, schmerzbedingtem Arbeitstempo vom Arbeitgeber gekündigt worden. Zwischen 2009 und 2011 habe er noch einen dreimonatigen Arbeitsversuch in ... unternommen, der jedoch erfolglos verlaufen sei (AB 137.1 S. 24 Ziff. 2.1.1, S. 28 Ziff. 2.2.1, S. 41 Ziff. 2.4.1.3). Auch dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer seither kein Erwerbseinkommen mehr erzielt hat (vgl. AB 83). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist somit davon auszugehen, dass allein gesundheitliche Gründe zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses geführt haben und unter Berücksichtigung der langen Dauer des Arbeitsverhältnisses (1985 bis 2009) der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit dort weiterhin als ... tätig wäre (vgl. AB 69.1 S. 6). Daher ist nachfolgend das Valideneinkommen nicht - wie von der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 1. März 2019 (AB 163) vorgenommen - anhand von Tabellenlöhnen zu ermitteln. Vielmehr ist auf das im Y.\_\_\_\_\_ 2004 zuletzt erzielte Einkommen gemäss IK-Auszug (AB 33) abzustellen. Gemäss diesem erzielte der Beschwerdeführer ein Jahreseinkommen von Fr. 50'704.--. Dieser Lohn ist auf das Jahr 2017 hin zu indexieren (Tabelle T1.93.05, Nominallohnindex 1993-2019, Männer, Total [2004: 113.3; 2017: 129.0]), woraus ein mass-

gebendes Valideneinkommen von Fr. 57'730.05 (Fr. 50'704.-- / 113.3 x 129.0) resultiert.

**4.5** Indem der Beschwerdeführer nicht in einer angepassten Tätigkeit arbeitet, verwertet er seine Restarbeitsfähigkeit nicht hinreichend. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen anhand der Erfahrungs- und Durchschnittswerten aufgrund statistischer Lohnangaben der vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen LSE ermittelte (vgl. E. 4.3 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat zur Bemessung des Invalideneinkommens auf die LSE 2014 abgestellt (vgl. AB 163). Jedoch sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die im Verfügungszeitpunkt jeweils aktuellsten veröffentlichten Tabellen zu verwenden (vgl. E. 4.3 hiervor), vorliegend die LSE 2016. Gemäss dem Totalwert für Männer im Kompetenzniveau 1 der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level der LSE 2016 hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2016 in einer leidensangepassten Tätigkeit einen monatlichen Lohn von Fr. 5'340.-- erzielen können. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Totalwert der Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS) und an die Nominallohnentwicklung per 2017 (Tabelle T1.93.05, Nominallohnindex 1993-2019, Männer, Total [2016: 128.5; 2017: 129.0]) resultiert ein Einkommen von Fr. 67'063.35 (Fr. 5'340.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden / 128.5 x 129.0). Der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.3) von 10 % ist, insbesondere unter Berücksichtigung der erforderlichen nahen Erreichbarkeit einer Toilette (vgl. E. 3.7 hiervor), nicht zu beanstanden, womit das Invalideneinkommen Fr. 60'357.-- beträgt.

**4.6** Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 57'730.05 und einem Invalideneinkommen von Fr. 60'357.-- beträgt der Invaliditätsgrad 0 %, womit der Beschwerdeführer ab Februar 2017 keinen Anspruch auf eine Rente hat.

## 5.

Was den Rentenanspruch des Beschwerdeführers für den Zeitraum ab Februar 2017 bis und mit Juni 2018 betrifft, ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde unbegründet (vgl. E. 4.6). Hinsichtlich der Zeit nach dem Zentralarterienverschluss im rechten Auge vom April 2018 ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinne der Erwägungen weitere Abklärungen trifft und im Anschluss hinsichtlich des Rentenanspruchs ab Juli 2018 (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) neu verfügt (vgl. E. 3.6.5 hiervor).

## 6.

**6.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der teilweise obsiegende Beschwerdeführer die gerichtlich bestimmten Verfahrenskosten im Umfang von Fr. 600.-- zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Der darüber hinaus geleistete Vorschuss im Umfang von Fr. 200.-- wird dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

Die übrigen Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 200.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die teilweise unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

**6.2** Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1).

Angesichts des Verfahrensausgangs ist von einem teilweisen Obsiegen des Beschwerdeführers auszugehen, weshalb er Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung hat. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht mit Kostennote vom 26. März 2020 für das vorliegende Verfahren einen zeitlichen Aufwand von 6.33 Stunden à Fr. 280.--, ausmachend Fr. 2'160.55 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), geltend, was angemessen erscheint. Davon ist dem Beschwerdeführer entsprechend seinem Obsiegen ein Anteil im Umfang von Fr. 540.10 zu entschädigen (Honorar von Fr. 443.10, zuzüglich Fr. 58.40 Auslagen sowie Fr. 38.60 Mehrwertsteuer [Fr. 501.50 x 7.7 %]).

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 1. März 2019 insoweit aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, als sie - nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen - betreffend den Rentenanspruch ab Juli 2018 neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden im Umfang von Fr. 600.-- dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Der vom Beschwerdeführer darüber hinaus geleistete Kostenvorschuss von Fr. 200.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

Die restlichen Verfahrenskosten von Fr. 200.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer einen Anteil der Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 540.10 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Zur Kenntnisnahme (R):

- Pensionskasse Z. \_\_\_\_\_

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.